Unimed Maringá

RELATÓRIO DE REGULAÇÃO PADRÃO
PROTOCOLO TRATAR E ESTENDER (TREAT AND EXTEND) 10/01/2018

(Em conformidade com os critérios definidos pelas diretrizes estabelecidas pela Resolução Normativa *ANS –* RN *nº 428 de 07 de novembro de 2017, que fixa as diretrizes de Atenção à Saúde Suplementar e atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde).*

Identificação do Paciente

1. Nome		
2. Código Identificador	3. Data __/__/____	4. Idade

I. Critério de inclusão

☐ DMRI Exsudativa	☐ Edema macular diabético	☐ Edema macular (OVCR)	☐ Edema macular (ORVCR)

Ia. Controle clínico e metabólico (Caso a opção Edema macular diabético seja marcada)

☐ Satisfatório	☐ Insatisfatório

II.Olho a ser tratado

☐ Olho direito	☐ Olho esquerdo

Trata-se de troca de regime adotado?

☐ Sim ☐ Não

Em caso afirmativo, JUSTIFICAR o motivo e listar as datas prévias de aplicações:

Trata-se de troca de droga?

☐ Sim ☐ Não

Em caso afirmativo, apontar as razões e listar as datas prévias de aplicações:

III.Melhor AV/CC (Pré-tratamento)

OLHO DIREITO	AV/CC =	**OLHO ESQUERDO**	AV/CC =
Data da 1ª aplicação: / /	Data da 2ª aplicação: / /		Data da 3ª aplicação: / /

IV. Observação quanto aos achados na OCT:

Presença de fluido: ☐ Sim ☐ Não

Observações adicionais:

Data da 4ª aplicação: / / **Número de semanas a contar da última aplicação:**

Melhor AV/CC: OD: OE:

IV. Observação quanto aos achados na OCT:

Presença de fluido: ☐ Sim ☐ Não

Observações adicionais:

Data da 5ª aplicação: / / **Número de semanas a contar da última aplicação:**

Melhor AV/CC: OD: OE:

IV. Observação quanto aos achados na OCT:

Presença de fluido: ☐ Sim ☐ Não

Observações adicionais:

Data da 6ª aplicação: / /	**Número de semanas a contar da última aplicação:**
Melhor AV/CC: OD: OE:	
IV. Observação quanto aos achados na OCT:	
Presença de fluido: ☐ Sim ☐ Não	
Observações adicionais:	
Data da 7ª aplicação: / /	**Número de semanas a contar da última aplicação:**
Melhor AV/CC: OD: OE:	
IV. Observação quanto aos achados na OCT:	
Presença de fluido: ☐ Sim ☐ Não	
Observações adicionais:	
Data da 8ª aplicação: / /	**Número de semanas a contar da última aplicação:**
Melhor AV/CC: OD: OE:	
IV. Observação quanto aos achados na OCT:	
Presença de fluido: ☐ Sim ☐ Não	
Observações adicionais:	
Data da 9ª aplicação: / /	**Número de semanas a contar da última aplicação:**
Melhor AV/CC: OD: OE:	
IV. Observação quanto aos achados na OCT:	
Presença de fluido: ☐ Sim ☐ Não	
Observações adicionais:	
Data da 10ª aplicação: / /	**Número de semanas a contar da última aplicação:**
Melhor AV/CC: OD: OE:	
IV. Observação quanto aos achados na OCT:	
Presença de fluido: ☐ Sim ☐ Não	
Observações adicionais:	
Data da 11ª aplicação: / /	**Número de semanas a contar da última aplicação:**
Melhor AV/CC: OD: OE:	
IV. Observação quanto aos achados na OCT:	
Presença de fluido: ☐ Sim ☐ Não	
Observações adicionais:	